

# 出産育児一時金支給申請書

年 月 日

高山村長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

被保険者証	記 号	番 号	枝 番	世帯主	
出 産 育 児 一 時 金	分娩者 氏 名			乳幼児 氏 名	
	分 娩 年 月 日	年 月 日		生 産 ・ 死 産	
	医療機関等			産科医療補償制度の加入	有 ・ 無
支 給 申 請 額  (いずれかに ○を付ける)	産科医療補償制度に加入する医療機関等での出産の場合				
	420,000円 ・ 420,000円に満たない場合 (差額 円)				
産科医療補償制度に加入していない医療機関等での出産の場合					
408,000円 ・ 408,000円に満たない場合 (差額 円)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支 店 名	本店・支店・本所・支所
	カ ナ			預金種別	普通 ・ 当座
	名義人			口座番号	

市町村 確認欄	課 長	参 事	補 佐	係 長	担 当	資格・証明書等確認